



# La percepción del apoyo social en jugadores patológicos y su relación con el éxito del tratamiento



Rosa Montesinos<sup>a</sup>, Daniel Lloret<sup>b,\*</sup>, José Vicente Segura<sup>b</sup> y Alfredo Aracil<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Asociación para el Tratamiento del Juego Patológico “Vida Libre”, Alicante, España

<sup>b</sup> Universidad Miguel Hernández, Alicante, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 24 de mayo de 2015

Aceptado el 11 de diciembre de 2015

On-line el 15 de febrero de 2016

### Palabras clave:

Juego patológico

Apoyo social

Tratamiento

Eficacia

## R E S U M E N

El juego patológico afecta entre el 0.4% y el 1.5% de la población mundial. Aunque existen procedimientos terapéuticos eficaces, la escasa adherencia terapéutica y las recaídas amenazan los resultados. El objetivo es determinar la relación entre el apoyo social, la adherencia terapéutica y el cese del juego. Se evaluó convivencia, acompañamiento, implicación e intervención del acompañante en una muestra de 68 jugadores patológicos. Los resultados muestran una asociación no significativa entre apoyo social y adherencia al tratamiento y éxito terapéutico. Se mantuvieron en tratamiento el 76.0% de los que tenían apoyo social alto frente al 42.1% que tenían apoyo social bajo. El éxito terapéutico presenta una asociación significativa con el estado civil. Las personas que mantienen una relación de pareja estable tienen el doble de probabilidad de finalizar el tratamiento con éxito. Los resultados sugieren considerar el apoyo social como una variable decisiva en el tratamiento de la ludopatía.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Perceived social support in pathological gamblers and treatment effectiveness

### A B S T R A C T

Pathological gambling affects 0.4–1.5 percent of the global population. Therapy has proved effective, even though low therapeutic compliance and frequent withdrawals weakens good treatment results. The aim of this paper is to evaluate the relationship between social support, therapeutic adherence, and gambling cessation. Four aspects of social support were measured: cohabitation, patient's companion, commitment, and intervention with patient's companion, in a sample of 68 pathological gamblers. Results show a non-significant trend for social support and treatment compliance to be associated to treatment success. Seventy-six percent of high social support patients kept the treatment up to the end vis-à-vis 42.1% of low social support patients. Therapeutic success shows a significant relationship to a stable couple relationship. Individuals who had stable couple relationship were twice likely to finish treatment successfully. Results suggest that social support should be considered as a critical variable in pathological gambling treatment.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El juego patológico es un problema caracterizado por importantes implicaciones económicas, familiares, laborales, legales y

psicológicas, como ansiedad, depresión o falta de control de impulsos. Se estima que entre el 0.4% y el 1.6% de la población mundial se ve afectada por el juego patológico (Kessler et al., 2008) y alrededor del 0.5% en España (Becoña, 2004; González-Ibáñez y Volberg, 2009).

Existe evidencia de que los tratamientos psicológicos en el juego patológico se muestran más eficaces que la ausencia de tratamiento (Carlbring, Jonsson, Josephson y Forsberg, 2010; Diskin y

\* Autor para correspondencia. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández. Carretera de Valencia s/n. Sant Joan d'Alacant. 03550 Alicante.

Correo electrónico: [daniel.lloret@umh.es](mailto:daniel.lloret@umh.es) (D. Lloret).

Hodgins, 2009; Hodgins, Currie, Currie y Fick, 2009; Marceaux y Melville, 2011; Pallesen, Mitsen, Kvale, Johnsen y Molde, 2005; Smith et al., 2011; Yakovenko, Quigley, Hemmelgarn, Hodgins y Ronksley, 2015). Entre estos, los procedimientos cognitivo-conductuales parecen ser los métodos más eficaces (Becoña, 2006; Gooding y Tarrier, 2009; Raylu y Oei, 2002), oscilando entre el 60% y 70% la tasa de éxito, entendida como abstinencia del juego al finalizar el tratamiento (Pallesen et al., 2005).

Sin embargo, el abandono y la recaída son problemas comunes que amenazan la efectividad de las intervenciones para reducir el juego patológico a largo plazo (Petry et al., 2006). Más del 30% de jugadores patológicos no llegan a cumplir el tratamiento y abandonan antes de finalizar el mismo (Jiménez-Murcia et al., 2007; Melville, Casey y Kavanagh, 2007; Smith et al., 2011). La decisión de permanecer en el tratamiento no siempre se toma con facilidad, siendo frecuente la asistencia irregular, el bajo cumplimiento, dejar de asistir a las sesiones y posteriormente abandonarlo (Lloret, Montesinos y Capafons, 2014; Sylvain, Ladouceur y Boisvert, 1997; Toneatto, 2005).

El apoyo social es un concepto complejo, como prueba el considerable volumen de definiciones e instrumentos de medida que ha generado. La definición de Lin, Dean y Ensel (1986) expresa su complejidad: “apoyo social como conjunto de provisiones expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, aportadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza o amigos íntimos”.

Aunque se sabe que el apoyo social está relacionado con un mejor pronóstico, se conoce muy poco sobre los mecanismos precisos mediante los cuales el apoyo social contribuye a mejorar la salud y a los factores moderadores. Probablemente la función del apoyo social sea la de ayudar a las personas a superar las dificultades, protegiéndolas de los factores de riesgo que pueden impedir el proceso de recuperación (Dobkin, De Civita, Paraherakis y Gill, 2002). En este sentido, el apoyo social funcionaría como amortiguador de los estados de ánimo negativos (Gustafsson y Ahlström, 2006). Se distinguen dos tipos de apoyo social: el apoyo emocional, definido como la comunicación verbal y no verbal que transmite preocupación y respeto y que fomenta la autoestima, y el apoyo instrumental o práctico, definido como la provisión de las condiciones y de los recursos que pueden ser utilizados para obtener la meta terapéutica, ayudando al individuo a recuperar el control de la situación (Hogan, Linden y Najarian, 2002). De los dos tipos, el apoyo social práctico es el que presenta más alta correlación con la adherencia al tratamiento (DiMateo, 2004). De todo ello se deduce que fomentar el apoyo social emocional y práctico, implicando a los familiares en los métodos de tratamiento, puede tener un efecto beneficioso en relación a la permanencia y la abstinencia y, por consiguiente, al éxito terapéutico.

Diversos estudios sugieren que aquellos pacientes que se sienten más apoyados, tanto por sus propias familias como por los técnicos sanitarios, presentan un mejor pronóstico. El apoyo social recibido contribuye al éxito del tratamiento de alcoholismo (Bond, Kaskutas y Weisner, 2003), de la adicción a otras drogas (Ballester, 2003; Préau et al., 2007) y de pacientes crónicos en general (Martos y Pozo, 2011). La falta de apoyo social correlaciona con síntomas depresivos, ansiedad y desesperanza en dependientes de drogas y alcohol (Nunes, De Aquino, Munhoz y Rogéiro, 2013). En general, se acepta la existencia de relación entre sentirse apoyado y obtener mejores resultados, en la forma de enfrentarse a cualquier enfermedad sea aguda o crónica, debido quizá a que el apoyo social funcionaría como amortiguador de los estados de ánimo negativos (Gustafsson y Ahlström, 2006; Ladero, Orejudo y Carrobles, 2010). Otra posible explicación podría ser que da lugar a una mayor adherencia al tratamiento (DiMatteo, 2004).

En relación a la evaluación del apoyo social en población clínica se han utilizado diferentes instrumentos, todos los cuales miden apoyo social, entendido como concepto general no

específicamente relacionado con el entorno terapéutico. En este sentido cabe señalar el cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11, que permite conocer, junto al apoyo total percibido, el apoyo emocional o afectivo y el apoyo confidencial (Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996), el cuestionario MOS de apoyo social, que mide cuatro dimensiones del apoyo social (afectiva, interacción social positiva, instrumental y emocional/informacional; De la Revilla, Bailón, & Luna, 1991; Ware y Sherbourne, 1992) y la escala de apoyo social (Rice y Longabaugh, 1996), que evalúa la percepción de apoyo social por parte de los amigos y familia durante los dos últimos meses.

Los escasos estudios sobre la influencia del apoyo social en los resultados del tratamiento a jugadores patológicos indican que un mayor apoyo social se asocia con una mayor abstinencia de juegos de azar, independientemente del tratamiento administrado, demostrando que el apoyo social juega un papel importante en los resultados. Petry y Weiss (2009) asocian el bajo apoyo social con una mayor gravedad en el apego a los juegos de azar y de los problemas psiquiátricos y peores resultados del tratamiento. Sostienen además que el apoyo social puede mejorar a lo largo del tratamiento. Grant, Kim y Kuskowski (2004) afirman que el apoyo social, entendido como la percepción por parte de los clientes de que alguien en su vida les anima a recibir tratamiento y dejar de jugar, resulta ser el principal predictor de continuación en el tratamiento. Estos autores sugieren que el tratamiento debe comenzar con la identificación de una red de apoyo y la participación de esta red en el cuidado del paciente.

El simple hecho de tener una pareja se asocia con una mayor probabilidad de éxito; más aún, que un ser querido participe en el tratamiento se relaciona significativamente con una mayor adhesión terapéutica (Grant et al., 2004; Ingle, Marotta, McMillan y Wisdom, 2008) y una mayor motivación para cambiar (Gomes y Pascual-Leone, 2009). La participación de los familiares en las terapias de Jugadores Anónimos y el apoyo de familiares y amigos tiene un impacto significativo en la abstinencia del juego patológico (Oei y Gordon, 2008). Por el contrario, creer que no hay apoyo social de familiares y compañeros resulta ser un factor de riesgo de desarrollo de problemas relacionados con el juego y la abstinencia de los juegos de azar (Hardoon, Gupta y Derevenshy, 2004); los niveles más bajos de apoyo social correlacionan con el abandono de la terapia (Grant et al., 2004; Petry y Weiss, 2009; Thomas, Allen, Phillips y Karantzis, 2011). Entre los factores sociodemográficos que aumentan las probabilidades de tener problemas con el juego destacan en las mujeres vivir solas y en los hombres ser viudo, divorciado o tener menor apoyo social (Afifi, Cox, Martens, Sareen y Enns, 2010).

El objetivo general de este trabajo es analizar el rol del apoyo social en el tratamiento de deshabitación de la conducta de juego. Más concretamente, se evalúa la relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica y el mantenimiento de la abstinencia del juego. En vista de la evidencia encontrada en la literatura, esperamos constatar que los participantes con un mayor apoyo social registren un menor abandono. Nuestra segunda hipótesis sostiene que será más probable que los participantes con mayor apoyo social terminen con éxito el tratamiento que los que tengan un menor apoyo social.

## Método

### Participantes

El estudio se realizó en el centro profesionalizado de la Asociación Alicantina para el Tratamiento de la Ludopatía “Vida Libre”, en el que se atiende a jugadores patológicos para lograr la deshabitación de la conducta de juego y la recuperación de la ludopatía desde una perspectiva cognitivo-conductual.

Durante los 16 meses que duró el estudio (septiembre 2008 - diciembre 2009) los participantes accedieron secuencialmente al programa de tratamiento de la Asociación Vida Libre con una duración de 11 sesiones. La intervención consistió en el control de estímulos, técnicas de autocontrol (relajación progresiva, parada de pensamiento, auto-instrucciones), reestructuración cognitiva y exposición en imaginación y en vivo con prevención de respuesta. En el momento de su incorporación, el terapeuta explicaba los objetivos y el procedimiento de la investigación y solicitaba la firma del consentimiento informado, siguiendo los estándares éticos de la Declaración de Helsinki. La confidencialidad de los participantes quedó asegurada mediante el uso de un código que preservaba la identidad. No quedaron registrados ni el nombre ni el número del documento de identidad.

Participaron 68 personas que solicitaron tratamiento para abandonar el juego. Todos los participantes cumplían los criterios diagnósticos del trastorno de juego patológico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada (DSM IV-TR; APA, 2002). Tres psicólogos terapeutas pertenecientes a dicho centro, todos ellos con más de cinco años de experiencia en el tratamiento del juego patológico, realizaron el diagnóstico mediante entrevistas clínicas y la aplicación de la escala NODS - NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems- (Gernstein et al., 1999; versión española de Becoña, 2004).

La mayoría de los participantes eran hombres (85.3%) que vivían en compañía (86.8%). El juego principal eran las máquinas recreativas con premio (83.8%), seguido a mucha distancia del bingo (5.9%), casino (7.4%) y cartas (1.5%). La *tabla 1* muestra las características demográficas y del juego en el momento de admisión a tratamiento.

#### Medidas e instrumentos

Antes de comenzar el tratamiento se tomaron medidas sociodemográficas y de conducta de juego, se evaluó el apoyo social percibido, la severidad del trastorno de juego patológico, la presencia de psicopatología asociada y la motivación para el cambio. Finalizado el tratamiento se evaluaron los resultados del mismo a través de la adherencia terapéutica y las recaídas durante el mismo. Posteriormente se analizó el grado de asociación entre los resultados del tratamiento y los niveles de apoyo social, así como el grado de asociación entre el nivel de apoyo social y las variables sociodemográficas. Estas variables se evaluaron con los siguientes instrumentos:

**Cuestionario de apoyo social en entorno terapéutico.** Se construyó un cuestionario ad-hoc que medía 4 aspectos del apoyo social relacionados con el proceso terapéutico: 1) convivencia, que indica si el participante vive solo, en pareja o con familiares, 2) acompañante, es decir, si acude al centro de tratamiento acompañado, 3) implicación, relativa a si el acompañante se compromete a dar apoyo emocional y práctico, y 4) intervención, referida a si el acompañante acepta participar en un programa dirigido a comprender el trastorno y aprender las conductas adecuadas para su resolución. La puntuación de la escala de apoyo social es el resultado del sumatorio de los 4 ítems. La puntuación, con un valor mínimo de 0 y máximo de 4, se clasificaba en 3 categorías: los valores 0 y 1 implican apoyo social bajo (28.4% de los participantes), 2 y 3 = apoyo social medio (34.4%) y 4 = apoyo social alto (37.3%). Para calcular la consistencia interna del cuestionario se utilizó alfa de Cronbach, obteniéndose una  $\alpha$  de .74.

**Severidad del trastorno de juego patológico.** Se midió a través de la escala NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems; Gerstein et al., 1999; versión española de Becoña, 2004), que evalúa el cumplimiento de criterios diagnósticos y el grado de gravedad del trastorno de juego patológico y consta de 17 ítems agrupados en las diez categorías del DSM-IV para el diagnóstico de juego patológico (5 o más criterios).

**Tabla 1**

Características sociodemográficas y de la conducta de juego en la admisión a tratamiento

Características sociodemográficas y psicopatológicas		
	N	%
<b>Género</b>		
Hombres	58	85.3
Mujeres	10	14.7
<b>Estado civil</b>		
Casado/a	31	45.6
Divorciado/a	6	8.8
Soltero/a	27	39.7
Viudo/a	4	5.9
<b>Relación acompañante</b>		
No acompañante	9	13.4
Progenitor	15	22.4
Pareja	33	49.3
Hijo/a	7	10.4
Hermano/a	2	3.0
Otros	2	3.0
<b>Número de hijos</b>		
Sin hijos	22	38.0
1 ó 2	29	50.0
3 o más	7	12.0
<b>Situación Laboral</b>		
Activo	45	66.2
Desempleado	18	26.5
Jubilado	2	2.9
Sus labores	2	2.9
<b>Nivel académico</b>		
Estudios primarios	37	56.9
Estudios medios	23	35.4
Estudios universitarios	5	7.7
<b>Edad y características de juego patológico</b>	Media	DT
Edad	38.51	11.4
Edad de inicio	23.81	9.7
Cronicidad (años de juego)	9.00	8.7
Gasto (euros/semana)	369	352
Frecuencia (días/semana)	4.61	2.2
Intensidad (horas/semana)	9.84	10.1
Severidad último año (NODS)	7.59	2.0
Severidad en la vida (NODS)	6.50	2.9
Conciencia problema (Sócrates)	55.25	17.9
Ambivalencia (Sócrates)	67.42	22.9
Acción (Sócrates)	73.03	22.5

**Motivación para el cambio.** Para conocer la motivación para dejar el juego se utilizó la escala SOCRATES, versión 8 (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; Miller y Tonigan, 1996). Se usó una adaptación de la escala SOCRATES, inicialmente diseñada para medir el nivel de motivación al cambio en alcohólicos. Consta de 19 ítems y contiene tres subescalas: reconocimiento del problema, ambivalencia y adopción de medidas para el cambio (acción).

**Éxito terapéutico.** Para evaluar el éxito terapéutico se tuvieron en cuenta la adherencia terapéutica y la abstinencia medidas al finalizar el tratamiento. Se consideró como éxito mantenerse en tratamiento y abstinentes durante las 12 semanas de duración.

**Adherencia terapéutica,** entendida como la asistencia regular a las sesiones terapéuticas, se calculó como el cociente entre el número de abandonos y el total de sujetos. Se considera como abandono la falta de asistencia a más de tres sesiones sin justificar o el alta voluntaria antes de finalizar la fase de deshabituación.

**Abstinencia.** Se consideró que el jugador se mantenía abstinentes si registraba como máximo un episodio de juego, siempre que el gasto no fuera superior al de una semana de juego en la línea base. Se registraron los episodios de juego y los euros gastados en cada

uno de ellos, obteniéndose medidas de abstinencia independientes para la fase de pre y post tratamiento.

### Análisis de datos

Para analizar el grado de asociación entre la tasa de adherencia, la tasa de abandono y la tasa de éxito y los ítems asociados al apoyo social y a las características sociodemográficas se utilizó el estadístico chi-cuadrado. Para analizar las diferencias medias entre la edad y las características de juego patológico con las citadas tasas de adherencia, abandono y éxito, se ha utilizado la prueba *t* de Student para dos muestras independientes. Al tratarse de una muestra superior a 60 sujetos, podemos recurrir al teorema central del límite, que asegura que aunque la distribución de la variable no sea normal la distribución de la media muestral de la misma sí que lo es. En esas situaciones, la distribución *t* de Student converge a una distribución normal estándar cuando aumentamos los grados de libertad de la misma, dependiendo el grado de precisión del tamaño de la muestra. Los contrastes de significación se realizaron a  $p < .05$ .

### Resultados

El apoyo social se distribuyó con un alto grado de homogeneidad: el 28.4% fue bajo, el 34.3% medio y el 37.3% alto. La mayoría (86.8%) vive con su familia o con otras personas y acudió al centro acompañado (68.7%). Del total de participantes que iniciaron el tratamiento, el 58.8% asistió a las sesiones semanales a lo largo de tres meses y el 86.8% se mantuvo abstinentes (tabla 2). En referencia a la distribución del apoyo social entre las variables sociodemográficas registradas, la tabla 3 muestra que no existen diferencias en apoyo social general en ninguno de los cuatro factores que lo componen (convivencia, acompañamiento, intervención e implicación) ni en función del género ni de la descendencia. Solo se encontró una diferencia significativa en la distribución del factor “convivencia” entre aquellos que declararon tener pareja y los que no la tenían.

### Adherencia terapéutica

Se observa una asociación significativa entre la tasa de adherencia al tratamiento y el estado civil ( $\chi^2 = 8.813$ ,  $p = .032$ ). Los casados o casadas se mantienen en tratamiento con una probabilidad tres veces mayor. Compartir el hogar con otras personas, acudir acompañado y que el acompañante se implique en la terapia se asocia a una mejor adherencia, aunque no significativa. Los resultados muestran una clara presencia de apoyo social elevado entre los participantes que se mantuvieron en tratamiento. El 76.0% de los que obtuvieron apoyo social alto no abandonó el tratamiento. En cambio esa relación se invierte en el caso de los participantes con apoyo social bajo, de los cuales el 57.9% sí abandonó el tratamiento.

Respecto a la relación entre convivencia y adherencia, los resultados muestran una simetría inversa, de tal forma que el 62.7% de los individuos que compartían su casa con otras personas se

**Tabla 2**  
Apoyo social y resultados terapéuticos

	Sí		No	
	N	%	N	%
Convivencia	59	86.8	9	13.2
Acompañante	46	68.7	21	31.3
Intervención	40	59.7	27	40.3
Implicación	32	47.8	35	52.2
Adherencia	40	58.8	28	41.2
Abstinencia	59	86.8	9	13.2
Éxito	33	48.5	35	51.5
Apoyo social	Bajo		Medio	
	N	%	N	%
	19	28.4	23	34.3
			Alto	
			N	%
			25	37.3

**Tabla 3**

Distribución porcentual del apoyo social según características sociodemográficas

	Mujer	Hombre	$\chi^2$	gl	p
<b>Género</b>			0.098	2	.952
Apoyo social					
Bajo - medio - alto	30.0 - 30.0 - 40.0	28.1 - 35.1 - 36.8			
Convivencia			0.467	1	.464
Sí - No	80.0 - 20.0	87.9 - 12.1			
Acompañante			0.010	1	.921
Sí - No	70.0 - 30.0	68.4 - 31.6			
Intervención			0.000	1	.983
Sí - No	60.0 - 40.0	59.6 - 40.4			
Implicación			0.706	1	.401
Sí - No	60.0 - 40.0	45.6 - 54.4			
<b>Hijos</b>			$\chi^2$	gl	p
Con hijos		Sin hijos	1.666	2	.435
Apoyo social					
Bajo - medio - alto	30.6 - 38.9 - 30.6	23.8 - 28.6 - 47.6			
Convivencia			0.659	1	.417
Sí - No	83.3 - 16.7	90.9 - 9.1			
Acompañante			0.929	1	.335
Sí - No	63.9 - 36.1	76.2 - 23.8			
Intervención			0.219	1	.640
Sí - No	55.6 - 44.4	61.9 - 38.1			
Implicación			0.856	1	.355
Sí - No	44.4 - 55.6	57.1 - 42.9			
<b>Estado civil</b>			$\chi^2$	gl	p
Con pareja		Sin pareja	3.581	2	.167
Apoyo social					
Bajo - medio - alto	32.3 - 22.6 - 45.2	25.0 - 44.4 - 30.6			
Convivencia			4.971	1	.026*
Sí - No	96.8 - 3.2	78.4 - 21.6			
Acompañante			0.460	1	.498
Sí - No	64.5 - 35.5	72.2 - 27.8			
Intervención			1.569	1	.210
Sí - No	51.6 - 48.4	66.7 - 33.3			
Implicación			0.343	1	.558
Sí - No	51.6 - 48.4	44.4 - 52.2			

\*  $p < .05$

mantuvieron en tratamiento frente al 66.7% de los que vivían solos, que abandonaron el tratamiento antes de finalizar.

También en las variables de “acompañante” e “implicación” se observa una tendencia, aunque no significativa, a asociarse con una mejor adherencia. El 67.4% de los que acudieron acompañados y el 71.9% de aquellos cuyo acompañante se implicó en el proceso terapéutico siguieron la terapia hasta el final.

A nivel de adherencia terapéutica se observa por tanto una tendencia no significativa que permite caracterizar a los sujetos que se mantuvieron en tratamiento como personas con un alto apoyo social, que no viven solos, que acudieron al centro acompañados y cuyo acompañante se mostró implicado en el proceso terapéutico, aunque no necesariamente participaba en las sesiones (tabla 4).

### Éxito

Para determinar la tasa de éxito se calcula la proporción correspondiente a los 31 participantes que finalizaron el tratamiento sin recaídas sobre el total de personas que lo iniciaron. En otras palabras, se asume que el tratamiento no obtuvo éxito en los 28 individuos que lo abandonaron y en los 9 que recayeron durante las doce semanas que duró la terapia. Es decir, 31 individuos de un total de 68 finalizaron sin haber registrado episodios de juego significativos, lo que sitúa la tasa de éxito en el 45.58%.

La tasa de éxito presenta una asociación significativa con el estado civil ( $\chi^2 = 9.334$ ,  $p = .025$ ): las personas que mantienen una relación de pareja estable tienen el doble de probabilidad de finalizar el tratamiento con éxito. En este sentido, resulta coherente que las proporciones de “convivencia” y “acompañante” sean notablemente más elevadas entre quienes finalizaron con éxito el tratamiento, aunque las diferencias no alcanzan el nivel de significación (tabla 5).



**Tabla 4**  
Tasa de adherencia terapéutica

Abandona el tratamiento (% por fila)	No	Si	$\chi^2$	gl	p
<i>Apoyo Social</i>			5.305	1	.071
Bajo	42.1	57.9			
Medio	56.5	43.5			
Alto	76.0	24.0			
<i>Convivencia</i>			2.783	1	.095
Sí	62.7	37.3			
No	33.3	66.7			
<i>Acompañante</i>			3.607	1	.058
Sí	67.4	32.6			
No	42.9	57.1			
<i>Intervención</i>			2.509	1	.113
Sí	67.5	32.5			
No	48.1	51.9			
<i>Implicación</i>			3.773	1	.052
Sí	71.9	40.3			
No	48.6	51.4			
<i>Género</i>			0.007	1	.935
Hombres	58.6	41.4			
Mujeres	60.0	40.0			
<i>Estado Civil</i>			8.813	3	.032*
Casado/a	77.4	22.6			
Divorciado/a	50.0	50.0			
Soltero/a	44.4	55.6			
Viudo/a	25.5	75.0			
<i>Hijos</i>			2.533	1	.111
Sin hijos	45.5	54.5			
[Con hijos	66.7	33.3			
<i>Nivel académico</i>			0.423	2	.809
Primarios	56.8	43.2			
Medios	65.2	34.8			
Universitario	60.0	40.0			

\*  $p < .05$ **Tabla 5**  
Éxito terapéutico

Finaliza tratamiento con éxito (% por fila)	Si	No	$\chi^2$	gl	p
<i>Apoyo social</i>			4.569	2	.102
Bajo	31.6	68.4			
Medio	47.8	52.2			
Alto	64.0	36.0			
<i>Convivencia</i>			2.874	1	.090
Sí	52.5	47.5			
No	22.2	47.8			
<i>Acompañante</i>			3.102	1	.078
Sí	56.5	43.5			
No	33.3	66.7			
<i>Intervención</i>			1.311	1	.252
Sí	55.0	45.0			
No	40.7	59.3			
<i>Implicación</i>			2.511	1	.113
Sí	59.4	40.6			
No	40.0	60.0			
<i>Género</i>			0.618	1	.432
Hombres	46.6	53.4			
Mujeres	60.0	40.0			
<i>Estado civil</i>			9.334	3	.025*
Casado/a	67.7	32.3			
Divorciado/a	16.7	83.3			
Soltero/a	37.0	63.0			
Viudo/a	25.0	75.0			
<i>Hijos</i>			3.092	1	.079
Sin hijos	31.8	68.2			
Con hijos	55.6	44.4			
<i>Nivel académico</i>			0.471	1	.790
Primarios	54.1	45.9			
Medios	47.8	52.2			
Universitario	40.0	60.0			

\*  $p < .05$ 

## Discusión

La investigación sobre los efectos del apoyo social en el éxito de tratamientos psicológicos y médicos es abundante. Sin embargo, la evidencia específica en los tratamientos de juego patológico es aún escasa. El objetivo de la presente investigación era conocer si había relación entre diferentes aspectos del apoyo social y los resultados del tratamiento de deshabituación de la conducta de juego. En este sentido, se planteaban las hipótesis de que los participantes con apoyo social alto tendrían mejores resultados en el tratamiento, esto es, mostrarían una mayor adherencia y un mayor éxito terapéutico, que los participantes con bajo apoyo social.

En cuanto a la primera hipótesis, relativa a la adherencia, si bien los resultados no son significativos, podemos concluir que existe una tendencia a que el apoyo social se relacione con la adherencia al tratamiento. Como se pudo observar, los participantes con apoyo social alto se mantuvieron en tratamiento en mayor proporción que aquellos con apoyo social bajo. De la misma manera, se ha encontrado una relación no significativa entre apoyo social y éxito terapéutico, segunda hipótesis. Los resultados muestran, aunque no de forma significativa, que quienes acuden a las sesiones terapéuticas acompañados, y el acompañante se implica en la terapia, tienen una mayor probabilidad de terminar con éxito el tratamiento.

De los cuatro aspectos del apoyo social analizados, estar casado o vivir en pareja resultó ser el más determinante tanto para la adherencia al tratamiento como para la consecución de la abstinencia, constatándose una asociación significativa entre estas variables. Hay que tener en cuenta que la permanencia en el tratamiento es fundamental para conseguir el éxito terapéutico, esto es, el cese del juego y la adquisición del autocontrol necesario para aprender a prevenir recaídas a medio y largo plazo. Los casados se mantenían en tratamiento tres veces más que los solteros y, por lo tanto, sus posibilidades de tener éxito en la intervención eran el doble.

De acuerdo con los resultados, vivir con pareja estable es el aspecto del apoyo social que mejor predice el éxito del tratamiento, por encima de la participación e implicación de la pareja en la terapia. Una posible explicación es la de que es mayor el efecto que puede tener en el jugador el que su pareja le motive y se preocupe de que busque tratamiento (apoyo emocional) y que asista a las sesiones y cumpla las medidas terapéuticas (apoyo instrumental), que el hecho de que ésta acuda a las sesiones. Este apoyo de la pareja y/o del familiar lo refieren la mayoría de los jugadores, comentando que fue su acompañante quien les indicó buscar ayuda terapéutica, proporcionando el estímulo necesario para iniciar el tratamiento y/o permanecer en él durante el tiempo recomendado (Moore y Marotta, 2006). La ayuda en la demanda de tratamiento por parte de una persona significativa, su interés por los objetivos terapéuticos, por fomentar la constancia en la asistencia y cumplimiento del tratamiento, previene de posibles caídas o circunstancias de riesgo. Este parece ser el principal papel del apoyo social.

Nuestros resultados son congruentes con anteriores investigaciones en las que se concluye que el apoyo social resulta ser un buen predictor para continuar en el tratamiento de deshabituación del juego patológico (Bertrand, Dufour, Wright y Lasnier, 2008; Grant et al., 2004; Ingle et al., 2008; Nunes et al., 2013; Oei y Gordon, 2008), por lo que se sugiere que el tratamiento debe comenzar con la identificación de una red de apoyo y la participación de esta red en el cuidado del paciente. En particular, nuestros resultados señalan la significación del estado civil como característica diferencial frente a la adherencia y al éxito terapéutico, ya que constatamos que el apoyo recibido proviene principalmente de la pareja en un 49.3%, si bien otros familiares o personas de referencia también son referidos como fuentes de apoyo: los progenitores (22.4%), los hijos (10.4%), hermanos (3%) e incluso los amigos o trabajadores sociales (3%).

Una de las limitaciones de nuestro estudio ha sido el tamaño de la muestra y en consecuencia la imposibilidad de utilizar técnicas estadísticas más complejas. El uso de un instrumento ad hoc para medir apoyo social puede entenderse como otra limitación a la presente investigación. Sin embargo, la revisión de la literatura muestra que el ajuste social de parejas en las que uno de los miembros es jugador patológico apenas ha sido evaluado con instrumentos validados (Bertrand et al., 2008). Las escalas validadas presentan serias deficiencias para medir los aspectos del apoyo social, que desde la práctica clínica intuimos relevantes, que han sido incluidos en la presente investigación. Se hace necesario avanzar en este sentido, ya que las parejas o familias desestructuradas (con antecedentes de juego patológico u otras adicciones) o en conflicto no suelen dar el apoyo necesario (DiMatteo, 2004). El estudio del apoyo social, tanto desde la vertiente emocional como instrumental, se presenta como una línea de estudio prometedora en el ámbito de la terapia del juego patológico.

En conclusión, estos resultados demuestran la utilidad de evaluar el apoyo social y la necesidad de dedicarle un esfuerzo terapéutico en aras de mejorar la eficacia del tratamiento, apoyando la idea de que los programas de tratamiento deben incluir en lo posible a una persona significativa del jugador patológico, insistiendo desde la primera sesión en la importancia que su implicación tendrá en el éxito del mismo.

### Extended Summary

Pathological gambling is a concern that implies economic, family, legal, labour and psychological consequences. It is estimated that its prevalence is between 0.4–1.5% of global population (Kessler et al., 2008) and 0.5% in Spain (González-Ibáñez & Volberg, 2009; Becoña, 2004). Psychological therapy has proved effective (Carlbring, Jonsson, Josephson, & Forsberg, 2010; Diskin & Hodgins, 2009; Hodgins, Currie, Currie, & Fick, 2009; Marceaux & Melville, 2011; Pallesen, Mitsem, Kvale, Johnsen, & Molde, 2005; Smith et al., 2011; Yakovenko et al., 2015). The success rate at the end of treatment reaches 60–70% (Pallesen et al., 2005). Nevertheless, low therapeutic compliance and frequent withdrawals weaken good treatment results (Petry et al., 2006). More than 30% of pathological gamblers give up treatment (Jiménez-Murcia et al., 2007; Melville, Casey, & Kavanagh, 2007; Smith et al., 2011).

Social support is associated with higher rates of treatment success, but little is known about how it operates within therapeutic process. Probably, social support facilitates to cope with difficulties and protects from risk factors that would threaten the therapeutic process (Dobkin, De Civita, Paraherakis, & Gill, 2002).

Within the therapeutic context, two types of social support are identified: the emotional support, that increases self-esteem providing concern and respect through verbal and non-verbal communication, and the instrumental support, defined as the provision of useful conditions and resources to achieve the therapeutic goal, and empower the patient (Hogan, Linden, & Najarian, 2002). The latter shows a higher association with treatment adherence (DiMatteo, 2004).

Evidence suggests that patients who perceive a higher social support from their relatives, or from health provider staff, show a better prognosis. Social support contributes to therapeutic success in alcoholism (Bond, Kaskutas, & Weisner, 2003), substance addiction (Ballester, 2003; Préau et al., 2007), and chronic illness (Martos & Pozo, 2011). On the other hand, lack of social support is associated with depressive symptoms, anxiety, and helpless feelings among drug and alcohol users (Nunes et al., 2013).

Little is known about the role of social support in pathological gambling recovery. Scarce research points out that a higher social support is related with a higher abstinence regardless of the kind of treatment. Petry and Weiss (2009) conclude that the lower social

support correlates with gambling severity, psychopathology, and poorer treatment results. Grant, Kim & Kuskowski (2004) suggests that treatment must start identifying a social supporting-network and getting involved in the therapeutic process. Just having a mate predicts a higher probability of therapeutic success, and when he or she takes part in the process, therapeutic adherence (Grant et al., 2004; Ingle, Marotta, McMillan, & Wisdom, 2008) and change drive increases significantly (Gomes & Pascual-Leone, 2009). In Anonymous Gamblers groups, relatives' participation in therapy, as well as the perception of social support from friends and family, produces a significant positive impact in gambling cessation (Oei & Gordon, 2008).

This research aims to evaluate the relationship between social support, therapeutic adherence, and gambling cessation. Taking into account the literature findings, we predict that gamblers with a higher social support will have a lower probability of dropout. Our second hypothesis states that social support will correlate with a better therapeutic efficacy.

### Method

The study was carried out at the Alicante Association for the Treatment of Pathological Gambling.

#### Participants

Sixty-eight pathological gamblers demanding treatment at the therapeutical centre for pathological gambling cessation "Vida Libre". All participants met pathological gambling criteria (TR; APA, 2002) measured by three qualified therapists using NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems; Gerstein et al., 1999). Participants followed an 11-sessions cognitive-behavioural protocol. Most participants were men (85.3%) with home mates (86.8%). The main game was slot machines (86.8%), casino (5.9%) and poker (1.5%) (see Table 1).

#### Measurements

Gambling behaviour was registered at base line with a structured interview. Pathological gambling severity, change motivation, psychopathology and social support were also evaluated

*Social support in therapeutic context.* Four aspects of social support were measured with a structured interview: cohabitation, patient companion, commitment, and intervention with patient companion.

*Gambling disorder severity.* NODS (NORC DSM-IV Screen for Gambling Problems; Gerstein et al., 1999; Spanish version by Becoña, 2004) evaluates diagnostic criteria and pathological gambling severity.

*Motivation for Change.* SOCRATES version 8 (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale; Miller & Toningan, 1996).

Therapeutic success is assumed when the participant finished the 11 session protocol without registering any relapse. Therapeutic adherence is understood as regularly attending therapeutic sessions. On the other hand, an abandon was considered when the participant did not attend 3 or more sessions without justification or when voluntarily decided to stop the treatment. Abstinence was considered when the participant did not play at all or played only once, provided that the amount of money played was less than the money played in one week at baseline.

#### Data Analysis

Association between social support and adherence, give up, and success rates was calculated using Chi-squared. To analyse

the differences between age and pathological gambling profile and adherence, give up and success rates, we used Student's *t*-test for independent samples. The significance level for *p* value was .05.

## Results

Social support was distributed fairly homogeneously within the sample: 28.4% low, 34.3% medium, and 37.3% high.

Regarding treatment compliance, patients with high social support (76.0%) who completed the treatment almost doubled those who completed the treatment with low social support (42.1%); differences are not significant. Having a home-mate and having a therapeutic companion is associated to treatment compliance (Table 4).

Therapeutic success shows a significant relation with having a stable couple relationship. To determine the success rate, it is assumed that treatment was unsuccessful for the 28 patients who gave up and for the nine who relapsed during the therapy. In consequence, 31 patients finished treatment without significant gambling relapses, a success rate of 45.58% (Table 5). Those who had a stable couple relationship had twice probability of finishing treatment successfully.

## Discussion

It is observed a non-significant trend that characterizes individuals who remained in treatment as people with high social support, do not live alone, attended the Centre accompanied and the companion was involved in the therapeutic process, although not necessarily participating in sessions. Having a steady partner is the feature that better predicts success in treatment, even more than the partner involvement in the therapy.

In line with previous research, that concludes that social support is provided by partners or relatives (Bertrand et al., 2008; Grant et al., 2004; Ingle et al., 2008; Nunes et al., 2013; Oei & Gordon, 2008), results confirm that 49.3% of participants states that partners are the main social support providers, 22.4% parents and 10.4% offspring.

A number of limitations to the validity of the study have to be mentioned. The small sample size has prevented us from using more complex statistical techniques. In addition, the use of an ad-hoc questionnaire to assess social support could be also considered as a threat to validity. The literature revision shows that social adjustment in couples where one member is a pathological gambler has hardly ever been evaluated using valid evaluation tools (Bertrand et al., 2008). The validated scales have serious constraints to assess critical aspects of social support.

In conclusion, results suggest that social support should be considered as a critical variable in pathological gambling treatment. Therefore, treatment programs must include whenever possible a concerned significant person from the beginning.

## Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Afifi, T. O., Cox, B. J., Martens, P. J., Sareen, J. y Enns, M. W. (2010). Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Research*, 178, 395–400. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2009.10.003>
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-T.R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (texto revisado). Barcelona: Masson.
- Ballester, R. (2003). Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adherencia al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*, 15, 517–523.
- Becofia, E. (2004). El juego patológico: Prevalencia en España. *Salud y drogas*, 4(2), 9–34.
- Becofia, E. (Coord.) (2006). *Avances en el tratamiento del juego patológico*. Madrid: Fundación Ramón Areces.
- Bellón, J. A., Delgado, A., Luna, J. D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 17–31.
- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J. y Lasnier, B. (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *Journal of Gambling Studies*, 24, 393–409. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-008-9100-1>
- Bond, J., Kaskutas, L. A. y Weisner, C. (2003). The persistence influence of social networks and Alcoholics Anonymous on abstinence. *Journal on Studies on Alcohol and Drugs*, 64, 579–588.
- Carlbinding, P., Jonsson, J., Josephson, H. y Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39, 92–103. <http://dx.doi.org/10.1080/16506070903190245>
- De la Revilla, L., Bailón, E. y Luna, J. D. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688–691.
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23, 207–218. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- Diskin, K. M. y Hodgins, D. C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention of concerned gamblers. *Behavioural research and therapy*, 47, 382–388. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.018>
- Dobkin, P. L., De Civita, M., Paraherakis, A. y Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97, 347–356. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00083.x>
- Gerstein, D., Murphy, S., Toce, M., Hoffman, J., Palmer, A., Johnson, R. y Sinclair, S. (1999). *Gambling impact and behavior study* (Report to the National Gambling Impact Study Commission). National Opinion Research Center. Chicago, IL.
- Gomes, K. y Pascual-Leone, A. (2009). Primed for change: Facilitating factors in problem gambling treatment. *Journal of Gambling Studies*, 25, 1–17. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-008-9111-y>
- González-Ibáñez, A. y Volberg, R. (2009). *Estudio epidemiológico del juego patológico* (manuscrito no publicado). Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Gooding, P. y Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 592–607. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.04.002>
- Grant, J. E., Kim, S. W. y Kuskowski, M. (2004). Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 83–87. <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2003.12.005>
- Gustafsson, M. y Ahlström, G. (2006). Emotional distress and coping in the early stage of recovery following acute traumatic hand injury: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 557–565. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.07.006>
- Hardoon, K. K., Gupta, R. y Derevensky, J. L. (2004). Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18, 170–179. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.18.2.170>
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., Currie, G. y Fick, G. H. (2009). Randomized trial of brief motivational treatments for pathological gamblers: More is not necessarily better. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 950–960. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016318>
- Hogan, B. E., Linden, W. y Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381–440. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00102-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00102-7)
- Ingle, P. J., Marotta, J., McMillan, G. y Wisdom, J. P. (2008). Significant others and gambling treatment outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 24, 381–392. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-008-9092-x>
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Granero, R., Aymamí, M. N., Gómez-Peña, M., Jaurrieta, N. y Vallejo, J. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for pathological gambling: Analysis of efficacy and predictors of therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 17, 544–552. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300601158822>
- Kessler, R. C., Hwang, I., Labrie, R., Petukhov, M., Sampson, N. A. y Winters, K. (2008). The DSM-IV pathological gambling in National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351–1360. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291708002900>
- Ladero, L., Orejudo, S. y Carrobbles, J. A. (2010). Apoyo social y adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ en un programa de mantenimiento con metadona. Un estudio Longitudinal. *Clínica y Salud*, 21, 21–33. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2010v21n1a3>
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. M. (1986). *Social support, life events and depression*. New York: Academic Press.
- Lloret, D., Montesinos, R. y Capafons, A. (2014). Waking self-hypnosis efficacy in cognitive-behavioral treatment for pathological gambling. An effectiveness Clinical essay. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62, 50–70. <http://dx.doi.org/10.1080/00207144.2013.841474>

- Marceaux, J. C. y Melville, C. L. (2011). Twelve-Step Facilitated Versus Mapping-Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Pathological Gambling: A Controlled Study. *Journal of Gambling Studies*, 27, 171–190. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-010-9196-y>
- Martos, M. J. y Pozo, C. (2011). Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos: Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología*, 27, 47–57.
- Melville, K. M., Casey, L. M. y Kavanagh, D. J. (2007). Psychological treatment dropout among pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 27, 944–958. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.004>
- Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81–89.
- Moore, T. y Marotta, J. (2006). *Oregon gambling treatment programs evaluation update 2005*. Department of Human Services, Office of Mental Health and Addictions Services. Salem, OR.
- Nunes, M., De Aquino, V., Munhoz, A. y Rogério, P. (2013). Percepción del apoyo familiar en los consumidores de drogas y su relación con trastornos psiquiátricos. *Adicciones*, 25, 220–225.
- Oei, T. P. S. y Gordon, L. M. (2008). Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of Gamblers Anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 24, 91–105. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-007-9071-7>
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B. H. y Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412–1422. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x>
- Petry, N.M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden R., et al. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 555–567.
- Petry, N. M. y Weiss, L. M. (2009). Social support is associated with gambling treatment outcomes in pathological gamblers. *The American Journal of Addictions*, 18, 402–408. <http://dx.doi.org/10.1080/10550490903077861>
- Préau, M., Protopopescu, C., Spire, B., Sobel, A., Dellamonica, P., Moatti, J. P., et al. (2007). Health related quality of life among both current and former injection drug users who are HIV-infected. *Drug and Alcohol Dependence*, 86, 175–182.
- Raylu, N. y Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009–1061. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00101-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00101-0)
- Rice, C. y Longabaugh, R. (1996). Measuring general social support in alcoholic patients: Short forms for perceived social support. *Psychology of Addictive Behavior*, 10, 104–114. <http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.104>
- Smith, D. P., Battersby, M. W., Harvey, P. W., Pols, R. G., Baigent, M. F. y Oakes, J. E. (2011). The influence of depression and other co-occurring conditions on treatment outcomes for problem gamblers: A cohort study. *Medical Journal of Australia*, 195(Suppl.), S56–S59.
- Sylvain, C., Ladouceur, R. y Bosivert, J. M. (1997). Cognitive and behavioural treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727–732.
- Thomas, A., Allen, F. L., Phillips, J. y Karantzas, G. (2011). Gaming Machine Addiction: The Role of Avoidance, Accessibility and Social Support. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 738–744. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024865>
- Toneatto, T. (2005). A perspective on problem gambling treatment: Issues and challenges. *Journal of Gambling Studies*, 21, 75–80. <http://dx.doi.org/10.1007/s10899-004-1925-7>
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (Sf-36): I. conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30, 473–483.
- Yakovenko, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B. R., Hodgins, D. C. y Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 43, 72–82. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.011>